

Por favor escriba claramente y **SÓLO USE LETRA MAYÚSCULA DE MOLDE**

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento  m m d d a a a a

Domicilio

Ciudad  Estado

Código Postal

Mail completed top form to:  
NM Immunization Program  
PO Box 26110  
Santa Fe, NM 87502-6110

**Llene los círculos correspondientes**

**Sexo**  
 Masculino  
 Femenino

**Grupo étnico**  
 Hispano  
 No Hispano

**Raza**  
 Nativo  
 Asiático  
 Negro  
 Anglo  
 Otro

Plan de Salud  Número de Medicare (requisito si tiene 65 años o más)

Plan de Salud ID #  Médico primario del paciente

Me han dado y he leído, o me han explicado, la información contenida en la "Declaración de información sobre Vacunas" de la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) señaladas abajo. Pido que las vacunas señaladas se me pongan a mí o a la persona indicada por la cual estoy autorizado-a para hacer esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al Programa de Inmunización, División de Salud Pública, Departamento de Salud de Nuevo México, por los servicios que me proporciona a mí o a mi representado-a. Además, autorizo que cualquiera que tenga información médica mía o de mi representado-a la proporcione a los Centros para servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes que necesiten cualquier información para determinar los beneficios a pagar por servicios relacionados.

Firma de la persona que recibe la vacuna  
o de la persona autorizada para solicitarla: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE LA CLÍNICA (Enter numbers and fill appropriate circles completely)**

Clinic ID #  Date of Service  m m d d y y y y

**Patients in Level One have priority.**

**Fill in one and only one category:**

- Highest Priority (Level One)
- ≥ 65 years of age
  - Adult with Chronic disease
  - Pregnant
  - Nursinghome/longtermcare/homelessshelterresident
  - Health care staff who provide direct client services
  - Household member or caregiver of child < 6 mos.

High Priority (Second Level)

- Household members of other high risk individuals
- Age 50-64

Manufacturer:  Sanofi Pasteur (Fluzone)  
 GlaxoSmithKline (Fluarix)  
 GlaxSmithKline (Flulaval)  
 Chiron (Fluvirin)

Lot #

Injection site

Manufacturer:  Merck (Pneumovax)

Lot #

Injection site

Download at: <http://www.health.state.nm.us/immunize/forms/FLU-SPAN.pdf>

Provider of vaccine: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_